

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

552

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Suzanne CANTRAINE

Née CHAUVET

le 27 Octobre 1884 à Paris

**Etude des endométrioses
au cours de la grossesse
et de l'accouchement**

Président : P. MOCQOUT, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Suzanne CANTRAINE

Née CHAUVET

le 27 Octobre 1884 à Paris

Etude des endométrioses au cours de la grossesse et de l'accouchement

Président : P. MOCQUOT, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIÈRE.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 HUGNENIN ... Anatomie Pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	Clinique chirurgicale
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL	Clinique médicale.	MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN		FEY	
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	
MBTZGER	
PORTES	Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 novembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A la mémoire de mon mari le Docteur E. CANTRAINE

En souvenir de notre mutuelle et profonde affection et en témoignage de mon admiration, pour l'exemple qu'il m'a toujours donné au cours d'une carrière toute de dévouement et de bonté.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur Pierre MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Broca

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre gratitude.*

A Monsieur le Professeur agrégé Pierre BROcq
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail, en témoignage de notre profonde reconnaissance pour les soins dévoués qu'il a prodigués à mon mari, et de notre gratitude pour ses précieux conseils.

A Monsieur le Docteur A. SIREDEY
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a toujours été pour nous un guide
paternel et dévoué, avec nos senti-
ments de respectueuse reconnais-
sance.*

A Monsieur le Docteur J. VARANGOT
Chef de Clinique à la Faculté

*Qui nous a orientée utilement au cours
de nos recherches, qu'il trouve ici
nos vifs remerciements.*

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur HUTINEL

Monsieur le Docteur G. LION
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur JEANSELME

Monsieur le Professeur agrégé POTOCKI
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. MATHIEU
Médecin des Hôpitaux

In Memoriam

A Monsieur le Professeur Louis OMBREDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédie

Membre de l'Académie de Médecine
Président de la Société Internationale d'Orthopédie
Commandeur de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Bien connues depuis une trentaine d'années à l'étranger, ce n'est que récemment que les endométrioses ont attiré l'attention des chercheurs français.

Sur le conseil de M. BROcq, qui s'est intéressé particulièrement aux endométrioses, nous avons repris la question en nous proposant de la traiter dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité.

Le terme d'*endométri*ose, que nous substituons à celui d'*endométri*ome, a été proposé par BROcq et VARANGOT dans leur rapport au XLVIII^e Congrès de Chirurgie. Ces auteurs ont insisté sur l'intérêt qu'il y avait à remplacer le terme d'endométriome par celui d'endométri^ose, moins tendancieux et plus conforme à ce que l'on connaît actuellement de cette affection.

C'est donc sous le nom d'endométrioses que nous désignerons ici ces formations hétéropiques caractérisées histologiquement par l'association de glandes et de kystes épithéliaux noyés dans un stroma particulier, dit « cytogène », auquel s'associent parfois une réaction fibreuse plus ou moins intense, et une hyperplasie considérable des fibres musculaires lisses. Le tout représente, ainsi qu'on a pu le dire, « un utérus en miniature ».

Ces formations, qui sont de véritables inclusions de la muqueuse utérine dans le tissu parasité, peuvent affecter un développement extrêmement variable. Si le plus souvent elles restent discrètes, et ne sont découvertes qu'au cours d'une biopsie ou de l'examen histologique d'une pièce opératoire, elles peuvent être également cliniquement appréciables, sous forme de véritables tumeurs dont l'importance, l'aspect général, l'allure envahissante, ont pu égarer le diagnostic et en imposer pour des tumeurs malignes.

Cette affection fort curieuse méritait donc d'être étudiée dans tous ses détails, à tous les stades, et durant toute l'activité de la vie génitale féminine à laquelle elle est liée en exclusivité. Longtemps méconnue, ou distinguée sous des appellations diverses qui tendaient à l'inféoder à différents processus morbides, elle a été, depuis plusieurs années, l'objet de nombreux et importants travaux.

Malgré une pathogénie encore incomplètement élucidée, les auteurs s'accordent cependant aujourd'hui à la dégager de toutes les autres affections tumorales ou inflammatoires connues. La tendance actuelle, ainsi que nous le verrons plus loin, invite à en faire une lésion à évolution particulière, sous la domination des influences hormonales ovariennes.

Quoi qu'il en soit, les endométrioses « intéressent toutes les disciplines de la médecine », et si « l'anatomie pathologique, l'hormonologie, la pathologie générale, la clinique, la chirurgie, la radiothérapie, y trouvent matière à spéculation » (BROCQ et VARANGOT), *l'obstétrique* peut y être aussi très intéressée.

C'est dans leurs rapports avec cette branche médico-chirurgicale que nous étudierons ici les endométrioses. Nous essaierons d'en préciser l'évolution pendant deux phases importantes de la vie sexuelle féminine : la gestation et l'accouchement. Nous verrons que la grossesse influe d'une manière extrêmement intéressante sur le développement de ces lésions, qui subissent à ce moment des transformations dues à l'action sur l'endomètre ectopique, des hormones œstrogènes et lutéiniques placentaires. Ces remaniements, imposés par la grossesse au processus morbide, peuvent donner lieu à des complications importantes, souvent inattendues, parfois très graves, survenant tant pendant la grossesse qu'au moment de l'accouchement. Leur méconnaissance peut entraîner des erreurs de diagnostic qu'il serait capital de pouvoir éviter, bien qu'il paraisse parfois très difficile de le faire.

Nous nous attacherons en premier lieu à établir l'étiologie des endométrioses; puis nous discuterons les théories pathogéniques qui ont été proposées; l'étude de l'histologie, de la symptomatologie et de l'évolution de ces lésions, nous conduira à montrer l'intérêt de leur recherche méthodique au cours de la grossesse, et de leur dépistage précoce, afin que soient limités ou, si possible, évités au moment de l'accouchement des accidents qui sembleraient mystérieux si on ne savait les rattacher à leur véritable cause.

II

ETUDE ETIOLOGIQUE

Le temps n'est plus où l'endométriose était considérée comme une rareté anatomique, qu'elle soit discrète, « trompeuse et estompée », ou, au contraire, d'une évolution plus bruyante pouvant en imposer pour une tumeur maligne, dont seul l'examen histologique la différencie; on s'accorde actuellement à la considérer comme une affection presque banale. Les auteurs américains, suédois, allemands, la considèrent comme une lésion commune. DE SNOO, d'Utrecht, émet même l'opinion que « les formations endométriales se produisent à peu près chez toutes les femmes. On les décèle plus facilement pendant la grossesse, sous forme de nodules décidaux. En général, ces formations n'occasionnent aucun trouble, et il est relativement rare qu'elles manifestent leur présence par des signes cliniques ».

Si ces foyers évoluent, en effet, souvent sans grand éclat, nous verrons plus loin qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Ce sont surtout les travaux de JOSSELIN DE JONG et de DE SNOO qui ont montré l'extrême fréquence de l'endométriose *histologique*, principalement au cours de la grossesse.

Toutefois, rappelons l'observation de REINHARDT, pour qui des hyperplasies décíduales peuvent être observées en dehors de la gestation, dans certains cas de persistance du corps jaune, dans la phase prémenstruelle ou post-abortive de la muqueuse utérine. Cet auteur a constaté chez une femme de 25 ans, non enceinte, une hyperplasie diffuse polypeuse de l'endomètre. L'hystérectomie effectuée pour leucorrhée profuse et douloureuse a permis d'établir que, sous l'influence de l'hormone lutéinique, la muqueuse utérine très épaissie avait pris l'aspect d'une « couche déciduale menstruelle ». Ces lésions, connues depuis longtemps, étaient désignées sous le nom de formations déciduales ectopiques, ou encore de noyaux déciduaux. GEIPEL a également insisté sur leur importance.

Des travaux de ces différents auteurs il apparaît que si ces endométrioses n'ont pas toujours été appréciables par des signes cliniques, elles ont été beaucoup plus fréquemment des trouvailles lors d'examens histologiques approfondis de pièces opératoires, et que leur rareté relative ne serait due, en somme, qu'à leur évolution très souvent silencieuse, et aussi à ce que, ne les ayant pas présentes à l'esprit, le clinicien n'en a pas toujours posé le diagnostic.

Si l'endométriose paraît loin d'être exceptionnelle, d'une manière générale elle complique rarement la grossesse, et cela pour deux raisons :

a) L'âge d'élection des phénomènes d'endométriose se situe entre 40 et 50 ans, âge où les grossesses sont normalement peu fréquentes.

Toutefois, des statistiques comme celles de POLANO, de F. ALLEN, de COUNSELLER, montrent qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer des cas d'endométriase chez des femmes enceintes âgées de 20 à 40 ans; tout à fait exceptionnelle avant 20 ans, le maximum de leur apparition est proche de la ménopause, c'est-à-dire la cinquantaine.

En somme, on pourrait dire que de 20 à 50 ans, le maximum de fréquence d'apparition de l'endométriase est en raison inverse de la fréquence des grossesses; mais il est, entre ces deux âges extrêmes, une période intermédiaire de 30 à 45 ans où la coïncidence de la gravidité et des phénomènes d'endométriase peut être relativement fréquente.

b) Indépendamment des circonstances liées à leur âge, les femmes qui présentent de l'endométriase sont généralement stériles, sans d'ailleurs que les causes de cette stérilité aient pu être exactement définies.

Des statistiques importantes constatent ces faits. C'est ainsi que DOUGAL a noté que, parmi un certain nombre de femmes atteintes d'endométriase, 40 % étaient stériles; 32 % n'avaient pas présenté de grossesse depuis au moins 10 ans; 23 % n'avaient pas été enceintes depuis au moins 5 ans.

TURUNEN constate que sur 140 femmes atteintes d'endométriase et dont 70 % étaient mariées, 90 % étaient stériles. KUNZ constate 37,6 % de stérilités sur 48 cas d'endométriase ovarienne. HILL donne le chiffre de 30 %, KEENE et KIMBOURG de 40 %, COUNSELLER de 42 %. Seuls FRANKL et von SCHUMANN contestent la fréquence de la

stérilité chez les femmes atteintes d'endométriose. Sur 94 cas, FRANKL ne relève que 13 cas de stérilité réelle, sans avortement ni grossesse à terme. Une femme avait présenté une grossesse extra-utérine; les 80 autres totalisaient 285 accouchements et 192 avortements, soit en moyenne 2,4 %. Von SCHUMANN a observé une série de 44 cas sur lesquels 36 concernaient des femmes ayant eu des enfants, et 8 des femmes stériles dont 2 non mariées.

Malgré ces dissidents, il semble que dans l'immense majorité des cas la coïncidence de la stérilité avec l'endométriose soit réelle.

Ainsi que nous l'avons souligné plus haut, les causes de cette stérilité paraissent encore mal définies, et ont donné lieu à des opinions diverses. C'est ainsi que PHILIPP et HUBER pensent qu'il s'agit d'une obstruction mécanique comme pourrait l'être une obstruction tubaire, par exemple. L'endométriose de la portion interstitielle de la trompe qui, pour ces auteurs, serait le plus souvent bilatérale, réaliserait une stérilité par obstruction tubaire.

ALLEN s'élève contre cette hypothèse. Ses observations portent sur 60 % de malades mariées dont les trompes étaient perméables; ce auteur est amené à conclure à l'existence d'un déséquilibre glandulaire caractérisé par ailleurs par l'irrégularité des règles.

« Cette manière de voir, écrivent BROcq et VARANGOT, est confirmée par le faible taux des grossesses après traitement conservateur de l'endomètre. » La statistique de COUNSELLER vient renforcer cette opinion. Sur 131 femmes mariées atteintes d'endométriose et traitées

par des opérations conservatrices, 42 n'avaient jamais présenté de grossesse; 18 n'avaient été qu'une fois à terme; 34 avaient eu 2 ou plusieurs grossesses normales, et 22 n'avaient eu que des avortements. Dans les suites opératoires, 55 cas seulement furent utilisables pour la statistique; 17 malades devinrent enceintes après traitement conservateur avec un total de 12 enfants. COUNSELLER fait d'ailleurs remarquer que dans les formes sévères et anciennes, les chances de grossesses ultérieures sont très faibles.

PEMBERTON, HEYNEMANN, arrivent à des résultats analogues.

TURUNEN, en Finlande, met la stérilité sur le compte d'associations morbides fréquentes : adhérences, rétroversions par les perturbations circulatoires qu'elles entraînent, ou encore malformations concomitantes telles que les aplasies génitales. Enfin, cet auteur pense que les hématomes ovariens peuvent gêner l'ovulation et troubler les fonctions hormonales de la glande génitale.

« Quoiqu'il en soit, concluent BROCC et VARANGOT, il est établi par les faits que chez les malades atteintes d'endométriose, la stérilité est fréquente et qu'elle est plutôt sous la dépendance de troubles endocriniens que d'obstacles mécaniques. »

Il semblerait donc bien, ainsi que nous le verrons plus loin en étudiant la pathogénie des endométrioses, qu'il faille chercher dans les troubles fonctionnels hormonaux la cause véritable de ces coïncidences. La question du *terrain* paraît, du reste, chaque jour, prendre plus d'importance aux yeux des chercheurs, dans la patho

génie des endométrioses, et les femmes qui en sont atteintes présentent fréquemment un passé gynécologique important. Il n'est pas rare, en effet, de trouver dans leurs antécédents ou dans les lésions associées : des ovaires polykystiques, une hyperplasie de la muqueuse utérine, des fibromyomes, tous signes qui sont sous la dépendance des troubles endocriniens des hormones ovariennes, et de l'hyperfolliculinisme en particulier. « Pour se développer, vivre et croître, l'endométriose doit subir l'influence excitante de la folliculine qui se comporte vis-à-vis d'elle comme une véritable hormone de croissance. L'endométriose vieillit et disparaît lorsqu'elle perd son excitant évolutif après la castration ou la ménopause. » (BROCQ et VARANGOT.)

Or, l'hyperfolliculinisme serait lui-même peu propice à la fécondation.

III

DISCUSSION PATHOGENIQUE

La pathogénie des endométrioses est encore mal élucidée; mais il nous a paru intéressant de faire le point sur l'état actuel de la question. L'énigme du développement de ce curieux processus morbide a donné lieu depuis la fin du XIX^e siècle à une quantité de théories diverses tour à tour admises et réfutées. Nous les passerons rapidement en revue avant d'arriver aux acquisitions présentes et aux conclusions les plus généralement admises aujourd'hui.

On peut distinguer, parmi les hypothèses pathogéniques des endométrioses :

1° les théories embryonnaires;

2° les théories de la métaplasie;

3° enfin, les théories basées sur une dérivation des endométrioses de l'endomètre adulte, théorie de l'implantation, et théorie de la métastase vasculaire.

1° *Théories embryonnaires.* — RECKLINGHAUSEN fut le premier, en 1896, à émettre l'opinion d'une origine dysembrioplasique à partir des restes wolffiens. Koss-

MAN, en 1897, en désaccord avec RECKLINGHAUSEN, fit de l'endométriase une dérivation des formations aberrantes provenant de l'épithélium du canal de Müller. Cette théorie, qui n'explique pas les hétérotopies extra-génitales, semble actuellement abandonnée.

Cependant, LETULLE et L. BAZY pensent qu'il peut exister de petits utérus accessoires tout comme il existe des rates et des pancréas aberrants.

IVANOW, en 1898, émit l'opinion que le péritoine, qui semble avoir, aux dépens de l'endothélium du coelome, une origine commune avec les épithélia génitaux, pouvait subir une différenciation tardive.

2° La théorie de la métaplasie fut adoptée et défendue par R. MEYER. Mais cet auteur pensait que cette « prosoplasie » des cellules de la séreuse péritonéale était due à un processus inflammatoire.

Cependant, il apparut bientôt que des cas indiscutables d'endométriase existent sans qu'on puisse incriminer l'inflammation. C'est alors que LAÛCHE émit, en 1923, l'hypothèse d'une perturbation de la sécrétion interne de l'ovaire. NOVAK adopte cette conception, et OBERLING admet l'existence de deux facteurs, l'un local, traumatisme ou irritation locale, l'autre d'origine génitale, sous l'influence de la sécrétion interne de l'ovaire. WITHERSPOON accorde un rôle prépondérant à l'hyperfolliculinisme.

A cette théorie de la métaplasie péritonéale, on fit de très valables objections; on émit alors, successivement, l'hypothèse d'une métaplasie lymphatique (EMMANUEL, 1903), et celle d'une métaplasie mésenchymateuse (HEIM).

3° *Théories fondées sur la dérivation des endométrioses de l'endomètre adulte.* — A l'encontre de toutes ces thèses qui reposent sur le développement des restes embryonnaires, se firent jour les théories suivantes :

a) *Théorie diverticulaire de CULLEN.* — Cet auteur admet le développement progressif des formations glandulaires depuis la cavité utérine jusqu'à la périphérie. A l'appui de cette conception, viennent les observations de HASELHORST et OTTO et de PHILIPP et HUBER qui paraissent bien démontrer, les uns sur les cicatrices, les autres dans la portion interstitielle de la trompe, la propagation directe de proche en proche de l'endométriose à partir de l'endomètre.

Pour expliquer cette subite prolifération, certains auteurs, avec CHIARI, von FRANQUE, ont invoqué le rôle de l'infection. D'autres, avec R. MEYER, ont cru pouvoir établir une hyperplasie de la couche basale de l'endomètre, ce qui serait implicitement admettre un trouble endocrinien, puisque l'hyperplasie de l'endomètre est presque toujours commandée par l'hyperfolliculinisme.

Enfin, dans certains cas, on ne paraît relever dans les antécédents, ni inflammation, ni hyperplasie de l'endomètre; FRANKL admet simplement une diminution de résistance du myomètre.

b) *Théorie de l'implantation.* — Les travaux de SAMPSON vinrent, en 1921, apporter un autre courant d'idées parmi ces différentes théories, en considérant comme possible l'implantation péritonéale secondaire de petits lambeaux de muqueuse utérine provenant soit de l'éclatement de petits kystes « goudron » d'une endo-

métriose ovarienne préexistante, soit du reflux du sang menstruel des trompes dans la cavité pelvienne. L'ovaire, pour cet auteur, serait un des premiers organes atteints par les greffes de la muqueuse utérine.

Cette possibilité de la greffe d'endomètre a été confirmée par de nombreux travaux. Sur la lapine (JACOBSON), chez la guenon et même chez la femme (SCHMID), la croissance de ces greffes s'est montrée singulièrement influencée et stimulée par la folliculine qui agit sur eux, nous l'avons vu, comme « une véritable hormone de croissance ». Ces implants se sont développés avec une très grande rapidité et ont saigné périodiquement.

Nous verrons, d'autre part, que ces greffes ont pu être reproduites, cliniquement, d'une manière fortuite, dans les cicatrices de laparotomie à la suite d'interventions sur l'utérus.

Quant à la possibilité du reflux du sang menstruel par les trompes, elle existe certainement; la fréquence seule en est discutable.

Au cours de la menstruation, plusieurs auteurs ont trouvé du sang dans le Douglas. On a également pu déceler la présence dans la lumière des trompes de fragments d'endomètre.

Toutefois, HALBAN et NOVAK contestent aux fragments d'endomètre le pouvoir de forcer l'albuginée. NOVAK estime, de plus, que ces débris d'endomètre meurent très rapidement au cours de leur émigration et manquent de vitalité pour s'implanter. En outre, il conteste que les trompes puissent être animées de mouvements antipéristaltiques et considère le reflux menstruel

comme très exceptionnel; s'il existait, il donnerait, comme l'hémorragie de l'avortement tubaire, des signes d'irritation péritonéale.

PHILIPP et HUBER, après avoir étudié de nombreuses pièces opératoires, ont montré que l'endométriose tubaire est beaucoup plus fréquente qu'on ne pense et que sa localisation est avant tout interstitielle, puis isthmique, plus rarement dans la partie libre; pour ces auteurs, il y a continuité entre l'endomètre et l'adénomyose tubaire.

Dans presque tous les cas, PHILIPP et HUBER ont trouvé la portion interstitielle de la trompe obturée par le tissu endométrial; 14 fois sur 19, le processus était bilatéral. Nous avons souligné plus haut le rôle que cette obstruction peut jouer dans la stérilité.

Si toutes ces conceptions expliquent la genèse des foyers intra-péritonéaux, elles n'éclairent en rien les formations *extra-péritonéales*.

c) *Théorie de la métastase vasculaire*. — C'est alors que SAMPSON émit l'hypothèse d'une propagation par métastase veineuse et accessoirement lymphatique. HALBAN, en 1924, affirma que la voie lymphatique était le mode habituel de propagation de l'endométriose. Il pense que les fragments des glandes de l'endomètre pénètrent dans le réseau lymphatique au niveau de la muqueuse et se résorbent si rien ne les arrête. Par contre, « si le hasard les amène contre un obstacle (im-
« passe, rétrécissement, ganglion, interruption du trajet
« au niveau d'une cicatrice), la migration s'arrête, le
« lambeau peut se greffer et une lésion d'endométriose
« se développer en ce point ». (GRICOUROFF.) La théorie

métastatique expliquerait donc toutes les localisations de l'endométriase.

Cependant on lui a opposé bien des objections dont la plus importante serait l'absence de formations endométriales dans les vaisseaux du myomètre (R. MEYER). — Cet auteur pense que ce qui a été décrit comme tel n'était que des artéfacts ou des erreurs d'interprétation. Or, certaines microphotographies de SAMPSON, en 1927, plus récemment de GRICOUROFF, en 1937, de PHILIPP et HUBER, enfin, dernièrement, de ASCHEIM, BROcq et VARANGOT, montrent qu'il ne peut s'agir d'artéfacts.

Actuellement, il semble donc bien que l'on doive admettre que l'endométriase vient de l'endomètre adulte. « Cette notion nous semble fondamentale... Il y a, sans doute, des conditions générales qui sont à l'origine de cette dissémination endométriale; mais nous ne connaissons ni la signification, ni l'importance, ni la nature du mécanisme qui le met en marche. La menstruation joue certainement un rôle. De son côté, la perturbation de la sécrétion interne de l'ovaire exerce probablement une influence favorisante. Il semble bien que ce soit sur le terrain de l'hyperfolliculinisme que se développe le plus volontiers l'endométriase, tout comme les myomes utérins, et l'hyperplasie de l'endomètre. Néanmoins, cette notion n'a qu'une valeur provisoire, ainsi que le syndrome de l'hyperfolliculinisme auquel on la rattache. Nous ignorons et la fréquence et le degré de cette coexistence, puisque nous manquons encore de tests humoraux capables de la mesurer avec certitude. Ce sera la tâche de l'avenir de préciser les liens exacts qui rattachent l'existence d'un terrain spécial au développement de l'endométriase. » (BROcq et VARANGOT.)

A l'heure présente, un fait semble bien acquis. « Pour l'endométriose utérine, la propagation directe paraît être le mode le plus fréquent. Accessoirement, l'envahissement métastatique peut être mis en cause. » (BROCQ.)

Pour expliquer la naissance des endométrioses extra-utérines, la position à adopter, en attendant des données plus précises, ne peut être qu'une position éclectique.

Pour les uns, en effet (HALBAN), la *propagation* par voie vasculaire, serait la seule admissible.

Pour d'autres (SAMPSON), l'*implantation* est la plus fréquente. Ce n'est qu'accessoirement et pour les foyers extra-péritonéaux que l'on peut admettre la voie vasculaire. Par contre, selon BROCQ et VARANGOT, « la voie vasculaire aurait la prépondérance et l'implantation le rôle accessoire ». Et ces auteurs ajoutent : « Le point le plus difficile à éclairer est celui de la part respective de l'implantation et de la métastase vasculaire dans la propagation de l'endométriose. Il n'y a pas encore assez de constatations nettes pour régler cette question dans l'un ou l'autre cas. L'avenir le dira. »

IV

ETUDE HISTOLOGIQUE

Les formations endométriales hétérotopiques sont donc aussi sensibles que la muqueuse utérine aux hormones sexuelles et, à l'exemple de l'endomètre normal, elles subissent les modifications apportées à celui-ci par la menstruation, la grossesse et la ménopause.

Ces remaniements imposés par la gravidité dominent l'évolution des foyers d'endométriose et leur confèrent une symptomatologie spéciale. C'est à cette *évolution particulière* que nous devons d'observer, au cours de la grossesse, le développement rapide de tumeurs au niveau de petits foyers qui avaient pu passer jusque-là parfaitement inaperçus. C'est elle qui provoque toutes les erreurs de diagnostic, et c'est encore elle qu'il faut accuser des accidents parfois redoutables qui peuvent survenir au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement.

Au point de vue structural, on sait que l'endomètre ectopique est identique à la muqueuse utérine et suit celle-ci dans ses modifications au cours du cycle menstruel. Bien que LEITZ et FRANKL aient pu, parfois, trouver en défaut la similitude des cellules des glandes hétérotopiques avec celles de la muqueuse utérine au cours de ce cycle, dans l'immense majorité des cas les glandes

ectopiques subissent les transformations folliculiniques et lutéiniques tout comme la muqueuse utérine elle-même; lors de la nécrose et de la chute de celle-ci après le stade folliculinique, les cellules des glandes hétérotopiques tombent, et une hémorragie microscopique distend les glandes. En un mot, l'endomètre ectopique se développe, se transforme suivant les rythmes cycliques des règles, et s'atrophie au moment de la ménopause.

A l'image de ce qui se passe pendant la menstruation lorsque survient une grossesse, l'énorme déviation des hormones placentaires dans les humeurs agira sur cet endomètre ectopique qui suivra fidèlement toutes les modifications imposées par la gestation à l'utérus. La tendance actuelle donnerait, au cours de cet effet particulier de la sécrétion hormonale gravidique, une importance spéciale à l'excès de la sécrétion lutéinique.

Que deviennent alors les éléments constitutifs des endométrioses?

Histologiquement, nous voyons les cellules du chorion cytogène ordinairement trapues, à noyau ovoïde riche en chromatine et reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques, se transformer en *cellules déciduales*. Elles deviennent de grands éléments de forme arrondie ou polygonale, d'aspect épithélioïde à cytoplasme pâle bourré de volumineuses enclaves de glycogène. Leur énorme prolifération comprime les cellules glandulaires, aplatit la lumière des tubes et la réduit à une simple fente, parfois même à une ligne à peine visible.

Les tubes glandulaires sont bordés d'un épithélium bas aplati, endothéloïde par endroits. La discrétion de ces éléments glandulaires, qui sont ainsi méconnaissables, noyés dans l'énorme développement des cellules du stroma, explique la possibilité de confusions. « La cellule déciduale ectopique, tuméfiée, bourrée de glycogène et d'enclaves, peut facilement être prise pour un élément épithélial dont la prolifération paraît éminemment suspecte pour qui n'est pas familiarisé avec les aspects insolites des biopsies faites pendant la grossesse. » (PORTES, FRANÇOIS et VARANGOT.) Ce tissu décidual, dans son hypertrophie, s'insinue, dissocie et repousse les tissus environnants, ce qui, lorsqu'il s'agit du myomètre, en diminue la capacité contractile au moment de l'accouchement, et provoque, comme nous le verrons plus loin, l'inertie utérine et les accidents qui l'accompagnent.

Devant cette véritable anarchie du développement cellulaire, les confusions sont évidemment d'autant plus faciles qu'il s'agit souvent d'une tumeur infiltrante, mal limitée vis-à-vis des tissus environnants.

Cette subite et énorme augmentation de volume des cellules du stroma explique également le gonflement et le développement anormal que peuvent subir les formations ectopiques pendant la gestation, les ulcérations et les hémorragies dont ces tumeurs peuvent se compliquer, ainsi que les erreurs de diagnostic clinique qu'elles occasionnent.

Après l'accouchement, les foyers endométriaux, privés de l'excitation hormonale placentaire, reprennent

peu à peu le volume et l'aspect qu'ils avaient avant la grossesse. Le mode de régression des foyers ectopiques ne paraît pas avoir été étudié histologiquement à notre connaissance. Il serait intéressant de pouvoir suivre, par des coupes, l'aspect microscopique des formations déciduales pendant cette régression.

SYMPTOMATOLOGIE

Au cours de la grossesse et de l'accouchement, les symptômes cliniques que l'on pourra observer ne sont pas ceux de l'endométriose elle-même, mais constituent une symptomatologie d'emprunt des différentes conséquences de son évolution biologique. On conçoit que cette symptomatologie puisse être très diverse. Suivant l'importance de son développement, ses localisations, son mode d'extension dans le tissu où il a pris naissance, l'endomètre ectopique pourra revêtir des aspects aussi variés que trompeurs entraînant parfois des erreurs de diagnostic difficiles à éviter.

Pendant la grossesse, le plus souvent les symptômes cliniques font défaut, et on ne signale dans aucune observation, à notre connaissance, des douleurs ou des troubles analogues à ceux qui accompagnent la menstruation chez les femmes atteintes d'endométriose. Il est possible, d'ailleurs, que les foyers ectopiques compliquant la grossesse soient, au cours de celle-ci, la cause de certains phénomènes douloureux ou d'autres signes cliniques; mais ils ne paraissent pas, jusqu'à présent, avoir été enregistrés ni surtout rattachés à leur véritable cause.

Cette absence de symptômes pathognomoniques nous conduit à étudier les différentes localisations possibles de la lésion, et les diverses complications qu'elles peuvent entraîner. Nous envisagerons donc successivement les endométrioses *utérines*, les endométrioses *recto-vaginales et cervicales*, les endométrioses *tubaires, ovariennes*, enfin les lésions pouvant survenir au niveau de *cicatrices*. Les complications observées peuvent survenir au cours de la grossesse, et donner lieu aux troubles liés à la présence d'une tumeur abdominale, gêne, douleurs, hémorragies, ruptures utérines. Elles peuvent survenir tardivement, au moment de l'accouchement, qu'elles rendent impossible : ce sont alors des observations de placenta praevia, de dystocies commandant une césarienne. Mais ces divers accidents ne paraissent pas correspondre, de façon constante, dans leur date d'apparition, leur forme et leur gravité, à une localisation donnée des lésions. C'est pourquoi une description clinique basée sur les symptômes observés eut risqué de nous contraindre à revenir plusieurs fois sur une même localisation. Nous avons donc préféré envisager successivement les divers sièges de développement des endométrioses, et, à l'appui de cas publiés, en décrire le retentissement sur la grossesse et l'accouchement.

I. — Les endométrioses utérines

Elles ont une très grosse importance, et peuvent donner lieu à des accidents redoutables au cours de la grossesse elle-même ou pendant l'accouchement. Il existe

cependant des cas heureux où l'évolution reste à peu près muette; la découverte des foyers d'endométriase, même étendus, est alors due, comme nous l'avons dit, au hasard d'une intervention pratiquée pour une tout autre raison. C'est ainsi qu'OLSON et HAUSMANN, au cours d'une césarienne pour bassin rétréci chez une primaire de 41 ans, ont trouvé de nombreux foyers d'endométriase disséminés sur le segment inférieur. Ces foyers s'étendaient en suivant le trajet de lymphatiques en avant sur la cloison vésico-utérine, et en arrière jusque sur le ligament large. Dans une autre observation, publiée par SCHWEITZE en 1927, il s'agissait d'une endométriase assez étendue siégeant sur le fond de l'utérus chez une primipare de 38 ans, pour laquelle un placenta praevia, causé peut-être par les lésions préexistantes, avait nécessité une césarienne :

Femme de 38 ans, primipare après 11 ans de mariage. Placenta praevia partiel. Le bassin étroit nécessite une césarienne abdominale. L'enfant est extrait vivant. On effectue manuellement le décollement du placenta. L'utérus est très atone; de grosses nodosités siègent au niveau de son fond. A la révision, effectuée tout de suite après la délivrance, on constate que toute la paroi postérieure de l'utérus présente des adhérences superficielles fermes, s'étendant au sigmoïde, au péritoine pelvien postérieur, et au Douglas qui est complètement obstrué. Devant les proliférations tumorales multiples et l'extension des adhérences qui empêche nettement l'utérus de se contracter, on procède à une hystérectomie. Suites normales.

Les tumeurs nodulaires sont d'abord prises pour des myomes sous-muqueux. L'examen microscopique montre l'existence d'une prolifération déciduale en îlots hétérotopiques muqueux. De nombreuses microphotographies montrent l'identité de la réaction déciduale dans les tumeurs et dans la muqueuse utérine.

Ce sont encore ces petits noyaux disséminés dans la cloison recto-vaginale que von FRANQUE et SYMONOVICZ découvrirent par hasard. S'il s'agit là d'endométrioses ayant évolué à bas bruit et qui n'ont pas amené de complications, on peut cependant objecter que, dans les deux observations précitées, chaque fois l'accouchement a été artificiel. Dans l'observation de OLSON et HAUSMANN, où la lésion se trouvait disséminée sur le segment inférieur, il est permis de penser que dans le cas d'une évolution naturelle du travail, l'infiltration aurait pu être un obstacle à la dilatation, ou encore une amorce à une déchirure utérine.

Les endométrioses du col peuvent amener des déformations et des ulcérations de cette portion utérine; nous les étudierons plus loin en même temps que les endométrioses de la cloison recto-vaginale, avec lesquelles elles coexistent le plus souvent. Des incisions sont parfois nécessaires pour permettre une application de forceps.

D'autres fois, l'augmentation rapide du nodule endométrial existant amène la formation d'une véritable tumeur. Des erreurs de diagnostic peuvent être faites et entraîner des opérations mutilatrices parfois évitables.

Cette tumeur peut en imposer pour un myome, comme dans l'observation princeps d'AMOS (1905) qui pratiqua une hystérectomie au cinquième mois d'une grossesse et fut le premier à noter la réaction gravidique des endométrioses. D'autres observations sont à rapprocher de celle de AMOS.

Observation I de Ascheim.

Une femme de 40 ans, ayant eu un avortement 6 ans auparavant, est vue pour métrorragies et dextroversion utérine. Une laparotomie révèle un utérus myomateux adhérent au péritoine, et une tumeur ovarienne. Dans la cavité utérine, on trouve un œuf du volume d'une poire, le fœtus étant inséré postérieurement. Au niveau de l'insertion, existe un épaississement constitué par de nombreuses glandes entourées d'un tissu blanc-gris. D'autres formations glandulaires siègent à l'extérieur du col, dans le voisinage du museau de tanche. Au niveau de l'ovaire gauche, il existe un corps jaune kystique, à droite l'ovaire est hémorragique. L'examen histologique de coupes de la paroi utérine postérieure et du kyste ovarien montre la présence de glandes gravidiques et de réaction déciduale.

Observation II.

Une femme de 38 ans, ayant déjà eu 2 accouchements et un avortement, est aménorrhéique depuis 3 mois. On trouve une grossesse de 3 mois et une tumeur du volume du poing diagnostiquée après la seconde grossesse comme myome utérin. La laparotomie permet de constater que l'utérus est refoulé vers la gauche, et qu'il présente à sa paroi postérieure une tumeur. L'ovaire droit, kystique, est excisé avec l'utérus. La tumeur utérine est composée d'un stroma bourré de glycogène et de structures glandulaires dilatées.

Observation III.

Femme de 39 ans; passé gynécologique : un accouchement et un avortement. A la suite de douleurs et d'aménorrhée, on pose le diagnostic de myome et grossesse, et on pratique une hystérectomie supravaginale. L'utérus a le volume d'un œuf d'autruche; sa surface est irrégulière.

A ses parois antérieure et postérieure siègent de nombreuses tumeurs de volume variable. L'aspect d'adénomyose est confirmé par l'examen histologique. Les structures glandulaires sont entourées d'un tissu décidual typique.

Des cas analogues ont été observés par CULLEN, MEYER, SAMPSON.

Cas XIV de Sampson.

Grossesse à son début chez une femme de 37 ans ayant présenté des troubles digestifs et des règles profuses et douloureuses. Chez cette primipare on trouve un col refoulé en avant par une tumeur dure remplissant le cul-de-sac. L'utérus est irrégulièrement augmenté de volume, et fait poser le diagnostic de léiomyomes multiples.

Ce diagnostic est confirmé à l'opération. On trouve, en outre, un adénome de type endométrial implanté sur la face postérieure de l'utérus, adénome qui, à l'examen histologique, révèle une réaction déciduale typique. L'ovaire gauche est le siège d'un kyste « goudron » aux parois microscopiquement identiques à la couche compacte de la décidua utérine gravidique.

Rappelons enfin, dans cette même série d'observations, le cas IV de JOSSELIN, de JONG et de SNOO :

Cas IV de Josselin de Jong et de Snoo.

Femme de 42 ans avec 3 avortements, enceinte de 2 mois. La malade a été opérée deux fois pour un myome dont la nature histologique n'a pas été vérifiée. Le traitement radio-

thérapeutique n'enrayant pas les hémorragies, et le curetage utérin ayant montré une dégénérescence maligne, on effectue une hystérectomie. L'utérus est très gros, ses parois sont épaissies, et renferme de nombreux noyaux myomateux. Histologiquement, on note une prolifération de la muqueuse s'étendant en toutes directions dans la musculuse jusqu'à la séreuse.

Par sa situation, la tumeur peut constituer un obstacle mécanique à l'accouchement, comme dans le cas des tumeurs *prævia*.

Cette complication est illustrée par l'observation de JOSSELIN DE JONG et de SNOO :

Cas I.

Une femme de 39 ans, à terme, se présente à la Clinique avec les signes d'une tumeur faisant obstacle à l'accouchement. Au cours d'une césarienne cervicale, devant l'aspect malin de la tumeur, on effectue une hystérectomie avec ablation des ovaires et des trompes. L'utérus est volumineux, irrégulier, présentant à sa paroi postérieure un tissu qui, histologiquement, est un endométrium décidual. Ce même tissu s'étend aux ovaires au ligament rond, à la paroi tubaire droite.

Le remaniement gravidique des endométrioses, en déterminant un gonflement considérable de la lésion, la rend plus vulnérable; des ulcérations peuvent se produire, des hémorragies sont possibles; dans certains cas, on peut croire à une tumeur maligne. Telle est l'observation de COUVELAIRE, publiée par PORTES, FRANÇOIS et VARANGOT, que nous exposerons aux endométrioses de la cloison recto-vaginale.

D'autres fois, l'endomètre ectopique peut être la cause de complications plus graves encore et révéler sa présence par une symptomatologie à grand tapage. C'est ainsi que SCHUGT a observé un cas de rupture utérine au quatrième mois d'une grossesse.

Une femme de 32 ans, V. pare, est hospitalisée sur le diagnostic d'avortement criminel. L'utérus est perforé par une ouverture arrondie de près de 5 cm. de diamètre. A ce niveau on trouve du sang coagulé. Hystérectomie. A l'examen de la pièce, on constate que dans le voisinage de la déchirure, la musculuse présente l'image histologique d'une adénomyose. Deux curettages, nécessités par des avortements, ont pu amener une diminution de résistance de la paroi utérine, et favoriser la rupture. L'auteur pense qu'il s'agit de la rupture spontanée d'un utérus gravide que l'adénomyose avait rendu fragile.

SCHAFER rapporte un cas analogue au septième mois d'une grossesse gémellaire.

Femme de 41 ans, X. pare. Passé gynécologique : 7 accouchements spontanés, 2 avortements. Au 7^e mois de l'actuelle grossesse, surviennent des douleurs brusques, la malade est hospitalisée dans un état moribond. Une ponction ramène du sang libre dans la cavité abdominale. A l'intervention on trouve 3 litres de sang liquide. Le fœtus est mort au 7^e mois. Hystérectomie. La malade s'affaiblit, meurt.

Microscopiquement, l'utérus présente à sa paroi postérieure une déchirure de 10 cm. de long. Il s'agit d'une grossesse gémellaire. Au niveau de l'insertion placentaire, en particulier dans le voisinage de la rupture, la musculature utérine est parsemée de vacuoles et de nodules correspondant microscopiquement à une adénomyose, avec

réaction déciduale. Cette prolifération explique la fragilité anormale de l'utérus dans la région placentaire; l'extension excessive imposée à l'utérus par la grossesse gémellaire a été la cause déterminante de la rupture.

« Le myomètre infiltré et affaibli par la prolifération de l'endomètre ectopique », écrivent PORTES, VARANGOT et FRANÇOIS, « se rompt dès que la distension de l'organe par le développement du fœtus atteint un certain degré et il est permis de penser que certaines ruptures utérines inexplicables survenues pendant la grossesse ou le travail sont à inscrire au passif de l'endométriose. »

En d'autres circonstances aussi dramatiques, l'endométriose a pu déterminer, au moment de la délivrance, des hémorragies d'une gravité exceptionnelle. Deux cas de JOSSELIN, de JONG et de SNOO, et une observation de SZENES, en sont des exemples typiques.

1^{er} cas de *Josselin, de Jong et de Snoo*. Femme de 36 ans, II. pare au 8^e mois de la grossesse. Hémorragie. Pour placenta praevia central, on effectue une césarienne cervicale transpéritonéale. Le décollement manuel du placenta est suivi d'une grosse hémorragie de l'utérus atone. Hystérectomie totale. Il existe de nombreuses adhérences au niveau du Douglas, et deux kystes hémorragiques au niveau des ovaires. Réaction déciduale utérine.

2^e cas. Femme de 45 ans. Grossesse de 34 semaines, placenta praevia central. Césarienne, grosse hémorragie commandant l'hystérectomie et l'ablation de l'annexe droite. Les coupes histologiques de la paroi utérine révèlent l'existence d'une réaction déciduale nette.

Cas de Szenes. Chez une femme de 40 ans, ayant présenté deux avortements dont un avec curettage, il existe une grossesse normale. Accouchement, épisiotomie, suture au catgut. L'extraction manuelle du placenta, nécessitée par l'atonie intense de l'utérus, est suivie d'une hémorragie importante. Hystérectomie vaginale.

Très gros, inerte, l'utérus porte à son fond un myome de 12 mm. de diamètre, et quelques autres tumeurs de volume moindre. Dans les couches internes de la paroi utérine, dans la partie inférieure du corps, on trouve un tissu décidual avec des formations kystiques glandulaires. L'atrophie épithéliale, par suite de l'intense développement décidual, correspond à l'insertion du placenta. Très marquée, la réaction déciduale avait infiltré le myomètre et déterminé l'atonie utérine par affaiblissement de la capacité contractile du muscle utérin.

De la revue de ces différentes observations, nous devons tirer quelques enseignements :

1° *Les caractères de gravité et de brutalité* que, parfois, peuvent revêtir les accidents doivent, à juste titre, faire redouter les endométrioses par les accoucheurs;

2° *L'absence de tout symptôme* avant l'apparition des accidents est ici remarquable;

3° *La fréquence des lésions associées* doit être également notée : au cours de l'intervention, on découvre presque toujours soit des endométrioses diffuses, soit des lésions de l'ovaire, des trompes, du ligament rond ou du péritoine.

4° La présence des lésions dans le fundus pourrait éventuellement être rendue *responsable de l'insertion placentaire basse* et des accidents classiques du placenta praevia qui en découlent.

II. — Les endométrioses recto-vaginales et cervicales

Les endométrioses de la cloison recto-vaginale méritent à plusieurs titres de retenir l'attention : leur tendance à l'envahissement, leur symptomatologie, leurs répercussions au point de vue obstétrical, seront ici successivement envisagées.

1° Les formations hétérotopiques de cette région anatomique sont remarquables par leur tendance envahissante due à la fois à la texture particulière de la cloison et à la faculté destructrice du chorion cytogène qui paraît souvent doué, à sa périphérie, d'une véritable activité histolytique. Les tissus avoisinants ne sont plus seulement dissociés et refoulés comme ailleurs, mais souvent détruits par ce processus d'extension particulier.

Ces propriétés envahissantes ont été soulignées par certains auteurs, FUTH, SEITZ et ALBRECHT, qui ont pu assimiler l'endométriose recto-vaginale à une tumeur maligne quant à son développement, son aspect histologique restant celui d'une lésion bénigne.

2° Les endométrioses de la cloison recto-vaginale présentent une symptomatologie plus riche que les endométrioses utérines, et bénéficient, par leur siège, des avantages d'une investigation clinique plus aisée, devant faciliter leur diagnostic. Cependant, bien des cas d'en-

dométrioses pourtant étendues ont évolué sans symptômes, et ne se sont révélées cliniquement que par une complication.

Toutefois, l'attention pourra être requise par certains symptômes douloureux : sensations de gêne ou de douleur dans les régions sacrée, rectale ou périnéale, sensations aggravées par la marche, la fatigue, ou la défécation. Il peut même exister du ténesme vésical, en un mot un véritable syndrome hypogastrique (VIOLET) peut être constitué.

Souvent encore on note de la dyspareunie et des hémorragies au cours des rapports sexuels ou simplement d'un toucher vaginal. Dans certains cas on a pu observer une légère élévation thermique.

Tous ces symptômes, qui accompagnent les endométrioses recto-vaginales en dehors de la gravidité, peuvent évidemment se présenter au cours du développement des foyers hétérotopiques pendant la grossesse.

La lésion débute généralement dans le cul-de-sac postérieur, tout contre le col, sur la ligne médiane, ou latéralement, ou encore un peu plus bas, par un petit nodule arrondi plus ou moins induré.

Le toucher vaginal donnera des résultats variables suivant l'extension de la lésion; tantôt ce sera un ou plusieurs petits noyaux difficilement accessibles par les doigts : ces nodules, assez douloureux au toucher, sont généralement plaqués contre le col et y adhèrent. Dans d'autres cas, il s'agit d'un épaissement recto-cervical, ou encore de noyaux disséminés, ou d'une tumeur diffuse infiltrant la cloison rectale ou s'étendant dans le paramètre, bombant dans le vagin où elle peut s'ulcérer.

Le toucher rectal et le toucher bidigital permettront d'apprécier mieux l'étendue de l'atteinte et montreront en général que la lésion, adhérente du côté vaginal, l'est beaucoup moins du côté rectal, et que la muqueuse conserve à ce niveau sa souplesse et son intégrité.

L'examen au spéculum montre la saillie d'un ou plusieurs nodules arrondis plus ou moins violacés, brunâtres ou rouge sombre, quelquefois ulcérés, pouvant prendre également l'aspect d'excroissances polypoïdes, et sur lesquels il sera facile de faire un examen biopsique. Dans d'autres cas, l'endométriose évolue dans le péritoine et le rectum, et l'examen au spéculum ne révèle rien.

3° Au point de vue obstétrical, cette localisation et ses tendances envahissantes ont une très grosse importance.

La lésion recto-vaginale mord généralement sur le col qu'elle peut déformer, envahir, ulcérer. Au moment de l'accouchement, elle détermine alors des complications graves, en empêchant la dilatation ou même en amorçant des déchirures au passage de la tête foetale. L'observation I, de von FRANQUÉ, donne un intéressant exemple de cet ordre de complications :

Femme de 36 ans, II. pare. Actuellement, la malade se plaint de douleurs abdominales. Au niveau de la lèvre postérieure, siègent de petits nodules. Epaississement très douloureux à la pression du dôme vaginal postérieur. A l'examen rectal on perçoit un nodule du volume d'une noisette, siégeant entre le rectum et la cloison vaginale postérieure. Erosion vaginale peu importante. L'examen sous-anesthésie montre que l'utérus a son volume augmenté

par un petit noyau myomateux. Biopsie du nodule vaginal, curettage du corps utérin et du col. L'examen microscopique ne révèle rien d'anormal au niveau de l'utérus et du col. Le vagin présente du tissu conjonctif en formations glandulaires dont les lumières sont tapissées d'épithélium cylindrique haut. On pose le diagnostic d'adénofibrose, autrement dit d'endométriose externe recto-vaginale. Le curettage amène une certaine amélioration. Le noyau adénofibreux a plutôt diminué de volume.

Survient une grossesse. La malade est vue au 4^e mois. Les noyaux ont encore diminué. L'accouchement est difficile et réclame l'application des forceps. L'enfant est vivant. L'examen du col tout de suite après la délivrance révèle la présence d'une grande déchirure s'étendant jusqu'au dôme vaginal à gauche, une autre plus petite à droite. Sutures. Suites bonnes.

L'observation de GRIFFITH, bien qu'incomplète puisqu'elle n'est pas poursuivie jusqu'à l'accouchement, est cependant un nouvel exemple d'une endométriose recto-vaginale évoluant pendant une grossesse :

Une femme de 37 ans, mariée depuis 15 ans, est venue consulter pour un écoulement sanglant persistant depuis cinq ans, qui a eu tendance dernièrement à augmenter et à devenir fétide. Huit mois avant le premier examen par G., une petite masse a été perçue dans la fosse iliaque droite. Actuellement la tumeur a augmenté de volume et paraît s'étendre jusque dans le côté gauche. L'abdomen est distendu par une masse qu'on pense être un fibromyome. Le col est mou, fixé par une masse mal définie siégeant entre le col et le rectum. La paroi vaginale postérieure est envahie par la tumeur, elle est molle et spongieuse. L'examen au speculum montre la présence d'hémorragies. Une biopsie révèle qu'il s'agit d'une adénomyose avec réaction déciduale typique.

La tumeur abdominale est l'utérus gravide, très distendu par un liquide amniotique abondant; il existe en outre

un fibrome de la paroi antérieure utérine. On surveille la malade pour intervenir au moment de l'accouchement. La tumeur recto-vaginale augmente de volume, comprime le rectum et s'étend du côté droit jusqu'à l'articulation sacro-iliaque. Par un traitement radiumthérapique, on obtient une diminution et un ramollissement de la tumeur faisant espérer une délivrance spontanée.

Si la lésion siège plus bas, elle peut faire obstacle à l'accouchement en se présentant comme une tumeur praevia, ou en gênant l'ampliation vaginale. Telle est l'observation de LÖCHRANE :

Chez une primipare de 42 ans, L. a recours à une césarienne suivie d'hystérectomie, devant une présentation du siège et l'étroitesse des parties molles maternelles. Cette mesure a été justifiée par la présence d'une tumeur volumineuse et de siège praevia.

L'examen microscopique de la tumeur, dont le volume était celui d'une balle de tennis, a montré qu'il s'agissait d'une endométriose avec réaction déciduale typique.

Chez la malade de BATIZFALVY, le cas fut plus complexe :

Une jeune fille présente une tumeur saillant dans le dôme vaginal, faisant penser à un carcinome du rectum. Une biopsie et un examen histologique montrent qu'il s'agit de masses tissulaires du volume d'un haricot, dont les plus grosses sont recouvertes d'un épithélium pluristratifié. Il s'agit d'une endométriose typique à point de départ vraisemblablement recto-vaginal. Malgré une hémorragie importante, la malade refuse l'opération radicale. On institue donc un traitement radiumthérapique non stérilisant. Une nouvelle biopsie montre que les formations glandulaires

endométriiales ont disparu. La tumeur a le volume d'un œuf de poule. L'état général s'est notablement amélioré.

La malade se marie, et se fait examiner à nouveau au début d'une grossesse. Des examens répétés montrent l'accroissement progressif de l'endométriiose. Cinq semaines avant terme, écoulement du liquide amniotique. La tumeur, qui a le volume d'un œuf d'oie, et qui est gonflée et dure, empêche la tête foetale de s'engager. Une hémorragie menaçante décide à intervenir. Césarienne et hystérectomie. Après évacuation de l'enfant et du placenta, on trouve, au niveau de la paroi utérine postérieure, sur une région de la dimension d'une soucoupe, un épaississement en plaque, irrégulier, avec des formations papillaires de couleur rouge pâle, de consistance veloutée. De cette région partent des adhérences fibreuses atteignant la paroi antérieure du rectum. La tumeur de la cloison recto-vaginale a le volume d'un œuf d'oie, elle est bien délimitée au-dessous du col, son pôle inférieur atteint la base du Douglas et adhère si profondément à la paroi rectale qu'on ne pourrait la décoller sans léser considérablement l'intestin. Elle est donc laissée *in situ*. Hystérectomie devant le danger d'infection par rupture précoce du sac amniotique. L'enfant est bien vivant, le post-partum est normal. Par la suite, la tumeur s'est progressivement contractée; actuellement elle est du volume d'une noix, et indolore.

Ainsi cette observation très complète permet de suivre le développement d'une endométriiose au cours de la gestation, les accidents qu'elle a déterminés, sous forme de tumeur praevia s'opposant à l'accouchement, enfin son involution dans le post-partum.

De même localisation, l'endométriiose dont était porteuse la malade dont PORTES, FRANÇOIS et VARANGOT nous rapportent le cas, la tumeur praevia avait également commandé une césarienne :

Une femme de 32 ans est hospitalisée à la clinique Baudelocque, service du Pr Couvelaire; elle ne présentait dans ses antécédents aucune particularité digne d'être notée, si ce n'est un avortement spontané de deux mois et demi survenu huit ans auparavant; elle se trouve actuellement au septième mois de sa deuxième gestation, parfaitement normale par ailleurs, lorsqu'au hasard d'un toucher vaginal, la sage-femme qui l'examinait ramena du sang. Cette constatation insolite justifia un supplément d'investigations et l'hospitalisation de la malade à la clinique Baudelocque. L'examen au speculum révèle la présence d'une tumeur ulcérée dans le cul-de-sac latéral droit du vagin. Présentant le volume approximatif d'une grosse noix, allongée d'avant en arrière et s'étendant vers la vulve, cette tuméfaction était recouverte d'un enduit sanieux et saignait au moindre contact. Une biopsie fut faite incontinent et la réponse de l'histologiste fut : épithélioma spino-cellulaire du vagin.

Devant ce redoutable verdict, cette femme fut adressée au Dr Lacassagne qui examina et la malade et les préparations. L'aspect histologique particulier de cette tumeur le conduisit à préconiser l'abstention de toute thérapeutique active sur cette néoplasie avant que la gestation ne fut terminée et à demander une nouvelle biopsie à pratiquer dans le post-partum. Au huitième mois, l'enfant est extrait par césarienne suivie d'hystérectomie supravaginale (opérateur : Portes, aide : François). L'intervention avait comporté comme premier temps la ligature des hypogastriques, faits avec le plan concerté d'extirper secondairement le vagin par voie basse; s'il était prouvé que l'affection fut maligne. Quatre jours après cette intervention, une nouvelle biopsie fut pratiquée qui montra alors (Dr Lacassagne) une endométriose typique du vagin et rendit inutile la colpectomie prévue.

Les suites opératoires furent compliquées par une phlébite du membre inférieur droit. La malade sortit guérie trois mois après l'intervention. A ce moment, l'examen montrait la présence dans le cul-de-sac latéral droit d'une lésion cicatricielle ayant la forme d'un sillon descendant vers la vulve. La pression était indolore et ne déterminait aucun suintement. Au speculum, la paroi vaginale était à ce niveau complètement normale quant à son aspect et

sa coloration. L'examen ultérieur des préparations a permis d'expliquer l'erreur initiale d'interprétation histologique qui avait conduit au diagnostic d'épithélioma : la discrétion et l'effacement des constituants épithéliaux de la tumeur expliquent l'erreur commise.

Ce cas est extrêmement instructif, puisqu'il concerne une lésion prise pour une tumeur maligne et qui, à l'examen histologique, fut reconnue de nature endométriale.

En présence de ces lésions étendues ulcérées, on peut se demander, en effet, si on ne se trouve pas en face d'une tumeur maligne venant compliquer la grossesse. Dans le cas d'ULESCO-STROGANOVA, le diagnostic de tumeur maligne n'ayant pas été rectifié à temps, a amené l'interruption artificielle de la grossesse.

Une femme de 44 ans a présenté deux accouchements et quatre avortements thérapeutiques. Le dernier avortement remonte à sept ans. Actuellement, grossesse de deux mois et demi. Au niveau du dôme vaginal postérieur, on sent une infiltration ferme et douloureuse. L'inspection au speculum montre une paroi vaginale supéro-postérieure rouge sombre, avec des excroissances atteignant jusqu'au volume d'un pois. Evacuation de l'utérus : œuf normal. Histologiquement, les excroissances vaginales sont constituées par un tissu glandulaire à réaction gravidique nette.

Cependant, il arrive que l'évolution de ces lésions ne revêt pas toujours le caractère de gravité que l'on pourrait leur prêter. Très souvent, la lésion reste discrète, peu étendue, la gestation peut n'en être pas troublée, et l'accouchement se passe normalement sans que la

tumeur s'ulcère ou ait pu constituer un obstacle sérieux. HASELHORST, cité par BROCC, signale un cas dans lequel un petit foyer vaginal d'endométriose fut enlevé chez une femme dont on ignorait la grossesse. Ce n'est qu'à l'examen histologique que la gestation fut reconnue.

L'observation de SAMUEL montre même un cas de guérison par excision de la tumeur :

Une malade vient consulter pour hémorragies au quatrième mois d'une grossesse. Elle ne signale aucun phénomène douloureux. A l'examen, on trouve une tumeur insérée sur une base suppurée, à environ 1 cm de l'orifice externe du col; il s'en échappe un léger écoulement sanglant. Le centre de la tumeur est déprimé. On pose le diagnostic de cancer du col à son début, ou d'ulcère tuberculeux. L'examen microscopique d'une large biopsie montre la présence de tissu décidual. La tumeur guérit après cette excision, sans autre traitement, et bien que n'ayant pas été retirée dans sa totalité. Disparition complète en huit jours de la tumeur et des hémorragies. C'est pour cet auteur le premier cas observé où la trouvaille clinique a donné sous forme de tumeur, du tissu décidual pur, et où l'excision de la plus grande partie de cet ulcère superficiel a entraîné une guérison rapide.

Cette observation est particulièrement intéressante par le fait que l'excision de la tumeur a entraîné la guérison *malgré* la continuation de la gravidité.

Rappelons, enfin, pour terminer, la curieuse observation de SYMÆNOVIZ (cité par BROCC et VARANGOT), d'une femme atteinte d'endométriose de la cloison recto-vaginale avant qu'elle ne se déclarât enceinte. Cet auteur

eut la surprise de voir la tumeur diminuer progressivement à mesure que la gestation se rapprochait du terme et disparaître complètement après l'accouchement. Cette évolution paradoxale semble exceptionnelle.

III. — Endométrioses de la trompe

Bien qu'assez fréquentes, les endométrioses tubaires ne peuvent, par leur localisation, donner lieu à des accidents ou à des complications au moment de l'accouchement. Mais bien que relevant davantage de la chirurgie que de l'obstétrique, elles sont cependant intéressantes à signaler ici dans leurs rapports avec la gravidité pour deux raisons principales.

1° *Au point de vue diagnostic.* — Comme les symptômes fonctionnels des endométrioses de la trompe n'ont rien de spécialement caractéristique, valeurs douleurs pelviennes, appréciation au toucher d'un nodule ou d'une masse plus ou moins volumineuse légèrement douloureuse à la pression, ou même simplement empatement d'un cul-de-sac latéral, le diagnostic peut hésiter entre une lésion inflammatoire des annexes et une grossesse extra-utérine. En dehors des réactions de laboratoire, le diagnostic ne peut d'ailleurs en être fait que par l'intervention. C'est ainsi que SEITZ signale un cas où il enleva un hématosalpinx volumineux simulant une grossesse extra-utérine. Cet auteur a relevé cinq autres cas semblables dans la littérature.

2° *Au point de vue de sa responsabilité dans la genèse des grossesses extra-utérines.* — L'endométriiose pourrait, dans certains cas, être rendue responsable d'un arrêt de l'œuf dans sa course. Les proliférations ectopiques, lorsqu'elles sont bilatérales, aboutissent plutôt à la stérilité par occlusion des oviductes, et l'on discute actuellement sur leur responsabilité dans la genèse des grossesses ectopiques. VILLARD, REGAD et CONDAMIN ont récemment étudié cette question. Certains auteurs se sont, en effet, demandés si des hétérotopies endométriales développées dans la lumière tubaire pouvaient, en subissant les remaniements imposés par la gravidité, exercer une certaine attraction sur l'œuf fécondé et en favoriser un essai de nidation à leur niveau. L'admissibilité de cette théorie paraîtrait confirmée par d'indiscutables cas où des endométries tubaires, histologiquement constatées, semblaient bien avoir été la cause déterminante de la grossesse ectopique.

Toutefois, cette hypothèse, si séduisante qu'elle soit, ne paraît pas devoir être admise sans controverse, de sérieux arguments lui pouvant être opposés : le plus important est que la grossesse angulaire est rare, alors que l'endométriiose interstitielle est relativement fréquente. En somme, la responsabilité de l'endométriiose dans l'apparition d'une grossesse ectopique ne semble pas encore nettement établie. En fait, ainsi que nous l'avons vu, les proliférations endométriotiques paraissent plutôt aboutir à la stérilité par occlusion de l'oviducte, lorsque leur siège est bilatéral.

IV. — Les endométrioses de l'ovaire

Les auteurs américains croient cette localisation très commune. Nous avons vu, d'autre part, en étudiant la pathogénie, tout l'intérêt que SAMPSON attribue à ces foyers ovariens d'endométriose, puisque, d'après lui, l'ovaire serait, en raison de sa position, le premier organe sur lequel viendraient se greffer les lambeaux d'endomètre expulsés par la trompe.

En France, on considère généralement cette localisation comme plus rare; la statistique lyonnaise de COTTE et MATHIEU ne lui attribue que 30 % de la totalité des endométrioses.

Toutefois, pendant la grossesse, l'endométriose microscopique surtout paraît très fréquente. Pour JÖSSELIN DE JONG et de SNOO, la majorité de ces « formations déciduales ectopiques » que l'on rencontre sur la séreuse péritonéale, dans l'ovaire et dans les ganglions lymphatiques (GEIPEL a publié 25 cas de formations déciduales dans les ganglions pelviens au cours de la gestation, mais il les considère comme des débris wolffiens) ne seraient que des foyers d'endométrioses présentant les réactions gravidiques. Ces auteurs ont démontré 6 fois, sur 10 utérus puerpéraux enlevés, la présence de foyers déciduaux dans l'intérieur des ovaires. Et dans 5 de ces cas les nodules contenaient des glandes. « On trouve, en effet, assez souvent, au milieu de ces îlots déciduaux, des fentes bordées par un épithélium bas qui représenteraient des glandes utérines aplaties par le gonflement du stroma cytogène. » (PORTES, FRANÇOIS.

et VARANGOT.) Il est bien évident que ces îlots décidaux ectopiques, même s'ils sont plus développés, ne peuvent gêner en rien l'évolution de la grossesse ni entraîner aucune cause de dystocie. Ils passeront donc généralement tout à fait inaperçus. Toutefois, la possibilité d'une endométriose plus développée doit rester présente à l'esprit dans le cas d'un utérus gravide accompagné d'une tumeur perceptible dans la région ovarienne, en prévision des accidents aigus qui peuvent se présenter. BROCC et VARANGOT ont signalé, en dehors de la puerpéralité, que « la localisation ovarienne de l'endométriose » est pratiquement la seule capable de donner des phénomènes d'une intensité et d'une brutalité telles que « l'on est contraint à pratiquer une intervention d'urgence ». Ces accidents restent également possibles pendant la grossesse. C'est ainsi que WINESTINE nous apporte une observation de syndrome abdominal aigu, imposant une intervention d'urgence, au cours de laquelle on découvrit une endométriose ovarienne :

Femme de 35 ans; au cours d'une grossesse, de fortes douleurs imposent l'excision d'une tumeur ovarienne du volume d'un œuf de poule. La grossesse évolue ensuite normalement. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste « goudron » de l'ovaire, dont la paroi avait une structure endométriale avec réaction déciduale. La présence de tissu conjonctif évoque la possibilité d'une endométriose développée sous l'influence d'un processus inflammatoire.

A cette observation, nous rapprocherons le cas II de von FRANQUE :

Femme de 28 ans, chez qui on trouve coexistant avec une grossesse de 6 semaines, une tumeur nécessitant une lapa-

rotomie. On tombe à l'ouverture du péritoine sur un myome pédiculé. A droite une tumeur adhère au voisinage. L'annexe gauche est entourée d'adhérences; la section évacue un kyste contenant du sang ancien. A droite, hématome ovarien du volume d'un œuf d'oie. Son incision fait couler des masses de sang chocolat. L'utérus a le volume d'une grossesse de 5 à 6 semaines. Il existe en outre des adhérences recto-cervicales. Il s'agissait donc d'une grossesse dans un cas d'adénomyose. Suites bonnes.

L'examen histologique de l'ovaire gauche montre l'existence d'une dégénérescence hyaline du tissu conjonctif. Le tissu ovarien est hémorragique. Extérieurement il est entouré de restes d'adhérences très vascularisées et de tissu de granulation. Par place, on trouve des formations glandulaires.

Le kyste hémorragique de cet ovaire présente à sa face externe une épaisse couche de cellules conjonctives à transformation déciduale. Le corps jaune a subi une dégénérescence hyaline. La face interne du kyste est dépourvue d'épithélium; elle est infarctie de sang, et irrégulièrement délimitée. La paroi kystique juxta-utérine consiste en tissu conjonctif hyalinisé contenant des pigments sanguins.

A noter que dans ce cas d'hématomes ovariens bilatéraux, d'endométriose recto-cervicale étendue, évoluant parallèlement à une grossesse, il n'existait aucun signe clinique ni objectif.

En résumé, l'endométriose ovarienne histologique paraît être très fréquente au cours de la grossesse, et bien que le plus souvent l'évolution s'en fasse à bas bruit, la constatation ou la présomption de foyers ectopiques au niveau de l'ovaire devra commander une étroite surveillance en raison des accidents subits, très graves, bien que rares, qui peuvent survenir.

V. — Les endométrioses des cicatrices

On peut considérer ici trois éventualités :

1° La production ou le développement d'une endométriose pendant la grossesse sur une cicatrice préexistante.

2° Le développement de foyers ectopiques sur les cicatrices de laparotomie après interventions sur des utérus gravides.

3° L'apparition post-partum d'endométrioses sur des cicatrices de plaies faites au moment et à l'occasion de l'accouchement.

D'une manière générale, il s'agit d'une tumeur de volume variable, allant d'une noisette à une petite mandarine, empâtée, mal limitée, presque toujours plus ou moins douloureuse, incluse dans la paroi cicatricielle. « La peau qui la recouvre ne présente aucune modification. D'autres fois, le nodule se présente directement sous la peau de la cicatrice, qui prend alors une teinte ecchymotique et peut, en dehors de la gravidité, saigner à l'époque des règles. Le diagnostic dans les cas qui nous occupent, peut en être relativement facile, puisqu'il s'agit ici non plus d'une lésion profonde, cachée ou inaccessible, mais au contraire visible, palpable et facilement accessible à la biopsie. » Cette tumeur extirpée présente une texture fibreuse parsemée de petits kystes hématiques. « Souvent les différents plans, peau, aponévrose, muscle, péritoine, sont agglomérés en un

bloc dans lequel toute dissociation est difficile ou impossible. » (BROCQ et VARANGOT.)

Histologiquement, on retrouve de petits îlots ectopiques d'endométriose essaimés dans un tissu cicatriciel banal, très riche en collagène.

La première éventualité, développement d'une endométriose pendant la grossesse sur une cicatrice préexistante, est typiquement illustrée par l'observation de MARTIN, MICHON et PIGEAUD :

Une secondipare de 37 ans avait subi, lors de sa première grossesse, une césarienne corporelle imposée pour bassin rachitique. Dans les suites opératoires, il y aurait eu une suppuration de la paroi. Depuis cette intervention, la malade dit avoir conservé au niveau de la cicatrice abdominale un pertuis par lequel s'écoule chaque mois un peu de liquide teinté de sang. Cet écoulement qui dure à peine une journée coïncide avec le premier jour de chaque période menstruelle.

A l'examen on trouve au niveau de la cicatrice de césarienne, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une petite tumeur du volume d'une noix adhérente à la peau, très mobile sur la face antérieure de l'utérus gravide à laquelle elle n'adhère pas. Sur le pôle de cette tumeur existe un petit pertuis dans lequel on peut faire pénétrer le bec d'une sonde cannelée.

Intervention au début du travail. En pratiquant l'incision sous-ombilicale, on résèque l'ancienne cicatrice et ainsi on enlève en masse la tumeur endométriale. Suites opératoires : septicémie péritonéale qui enlève la malade le cinquième jour.

Les auteurs concluent que : 1° nombre de prétendues fistules utérines ne sont que des endométrioes fistulisés de la paroi abdominale; 2° la présence de cellules déciduales au niveau d'une tumeur située dans une cicatrice de laparotomie est le fait d'une grossesse en évolution et elle est un argument en faveur de l'origine sexuelle des endométrioes.

Un autre cas analogue est décrit dans l'observation princeps d'Amos (1905), que nous avons déjà eu l'occasion de signaler :

Chez une femme hystérectomisée au cinquième mois de la grossesse, Amos a excisé une tumeur de la paroi abdominale constituée par de grosses cellules riches en plasma, avec des noyaux pauvres en chromatine. Au premier coup d'œil, ces cellules paraissent être de nature déciduale. La malade a signalé que la tumeur était primitivement une petite formation rappelant une verrue, sans tendance au développement, mais qui avait commencé à proliférer au début de la grossesse. L'examen histologique a permis de conclure à la transformation déciduale d'une tumeur conjonctive préexistante au niveau d'une cicatrice de la paroi abdominale.

Ce cas concerne donc une tumeur développée sur une cicatrice dont nous ne connaissons pas la provenance. L'intérêt de cette observation est la transformation, *à l'occasion de la grossesse*, d'une tumeur d'aspect conjonctif. S'agissait-il d'une endométriose en sommeil, ayant subi les transformations gravidiques, ou d'une tumeur fibreuse sur laquelle, au cours de la gravidité, une implantation endométriale s'était développée?

Ces lésions, pendant la grossesse ou l'accouchement, ne comportent en général aucune gravité; tout au plus peuvent-elles être une cause de gêne ou de phénomènes douloureux à l'extension de la paroi abdominale, et un léger obstacle mécanique au moment des contractions utérines, si elles sont adhérentes au myomètre.

La seconde éventualité, avons-nous dit, était le développement d'endométrioses sur des cicatrices de laparotomie effectuée au cours de la gestation. Les endomé-

trioses qui rentrent dans cette catégorie sont extrêmement fréquentes. Nous savons déjà quelle place tient dans l'étiologie de ces hétéropies la nature de l'opération antérieure, et les notions qui en résultent sont susceptibles de réveiller, dans la discussion pathogénique des endométrioses, les arguments qui opposent la théorie de la continuité à la théorie de la métastase.

Les travaux de BAZILLAI, en 1931, nous ont déjà appris que les interventions avec ouverture utérine étaient, après les pexies utérines, les plus fréquemment observées dans l'étiologie des endométrioses cicatricielles. La statistique de HARBITZ, en 1934, nous montre avec plus de précision que sur 193 cas :

la césarienne à terme est responsable de 14 cas;

la césarienne sans précision de durée de grossesse, 9 cas;

la césarienne précoce au cours de la grosse (hystérotomie et évacuation), 28 cas,

alors que les laparotomies avec ouverture d'utérus non gravide, n'avaient pu être mises en cause de 14 fois. L'opération césarienne arriverait donc en second lieu, avec 51 cas, dans la responsabilité des endométrioses des cicatrices, après les pexies utérines (81 cas). La césarienne précoce, surtout, paraît être une intervention favorisante. HASELHORST a publié 5 observations d'endométriose hétéropique développée au niveau de cicatrices de césarienne. Son cas XVIII paraît particulièrement typique :

Femme de 37 ans ayant subi 18 ans auparavant une césarienne abdominale, avec excision des deux trompes et

d'un polype cervical. Des douleurs croissantes commandent actuellement une nouvelle intervention. Une tumeur fibreuse sous-cicatricielle s'étend à tous les plans abdominaux et adhère à l'utérus. Excision de la tumeur et du fond utérin. L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une endométriose diffuse caractérisée.

Le cas X de cet auteur est plus complexe, puisqu'il y a eu ventro-fixation concomittante :

Femme de 26 ans, ayant subi trois ans auparavant une césarienne abdominale pour interruption thérapeutique d'une grossesse de quatre mois (tuberculose pulmonaire). Excision des deux trompes pour stérilisation, ventro-fixation utérine. Trois ans plus tard une nouvelle laparotomie est pratiquée pour douleurs et gonflement de la cicatrice abdominale. Excision de la tumeur abdominale et de la paroi utérine correspondante. Les coupes histologiques montrent qu'il s'agit nettement d'une endométriose diffuse de la paroi utérine, s'étendant le long des fibres, et même en dehors d'elles, à la paroi abdominale.

La césarienne ne peut donc être ici uniquement incriminée.

L'observation I de HEANEY met davantage en lumière le rôle que peut jouer une césarienne dans la pathogénie des endométrioses cicatricielles :

Une III pare de 32 ans a eu deux grossesses normales. L'auteur effectue une césarienne haute classique. Post-partum normal. Un an plus tard, il existe une masse douloureuse au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision abdominale. Cette tumeur, douloureuse à la pression et au moment des règles, est considérée comme une petite hernie.

Une intervention d'urgence est décidée trois ans après la césarienne. La tumeur, du volume d'une noisette, saille sous la peau; elle a un aspect bleuâtre, comme infecté. L'intervention découvre une masse de 2 cm. 5 de diamètre, fixée au faisceau du muscle droit à sa face antérieure, mais ne s'étendant pas au péritoine. La tumeur excisée est très dure, hémorragique. Diagnostic histologique : adénome contenant du tissu endométrial. Guérison.

3° Apparition post-partum d'endométrioses sur des cicatrices de plaies faites au moment et à l'occasion de l'accouchement. Ces formations apparaissent en général plus ou moins tardivement sur des cicatrices de déchirure périnéale ou d'épisiotomie, très fréquemment après des applications de forceps. Elles sont relativement rares, étant donnée la fréquence des plaies périméales qui se font au moment de l'accouchement. Il en existe cependant quelques observations :

Palmer (Londres) donnait en 1925 l'observation d'une femme de 41 ans, deux enfants. Lors du premier accouchement, seize ans auparavant, déchirure périnéale suturée immédiatement. Douze ans plus tard, hystérectomie subtotale pour métrorragies très abondantes. Trois ans plus tard, la malade se plaint de douleurs dorsales, d'hémorragies à la défécation, d'écoulement vaginal, de prurit et malaise dans la région périnéale. L'examen montre la présence d'un petit kyste au niveau du périnée. Durant cet examen, une petite tache de sang apparaît à la peau, provenant d'une fistule. Sous la peau on sent un petit nodule de 1 cm. 5 environ, qui fut excisé par la suite. L'examen anatomo-pathologique montre un aspect de muqueuse utérine.

Dans l'observation de NEUWEILER, parue en Suisse en 1926, la tumeur atteignait la grosseur d'un œuf de poule. Thérèse PRAGER, à Vienne, en 1932, rapporte le cas d'une

femme de 29 ans qui, un an après une application de forceps, est trouvée porteuse d'une tumeur fistulisée de la grosseur d'un œuf de poule. MALIPHANT décrit, en 1935, le cas d'une femme de 28 ans qui présente, deux ans et demi après une colpopérinéorraphie, une tumeur siégeant entre le vagin et l'anus.

Le cas rapporté par l'Allemand MICHOLITZ, en 1933, appartient à cette même catégorie :

Une femme de 28 ans, ayant eu 14 mois auparavant un gros enfant extrait au forceps avec épisiotomie suturée aussitôt, présenta quelques semaines plus tard un nodule de la grosseur d'une lentille, douloureuse, de coloration bleu noir. Il s'agissait d'une endométriose.

Rapprochons de cette série les deux cas suivants :

Cas de Weiss et Fobe (1935) : une femme a eu trois grossesses avec accouchements normaux, le premier il y a 11 ans avec présentation du siège qui entraîne une déchirure partielle du périnée, aussitôt suturée. Neuf ans plus tard, elle présente une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, bleuâtre et douloureuse au moment des règles, siégeant à un travers de doigt à gauche de l'anus; cette tumeur présente à son centre un petit pertuis, vestige d'une fistule cicatrisée avec laquelle coexistait une tumeur de la fosse ischio-rectale. Il s'agissait d'une endométriose avec réaction inflammatoire.

Cas de Weiss et Synephias. Il s'agissait d'une femme de 36 ans ayant eu, à l'occasion d'un accouchement au forceps, une déchirure du périnée allant du vagin à l'anus; suture immédiate. La malade se plaint d'une gêne à la cicatrice pendant un an. Quatre ans plus tard, apparition d'un

noyau dur occupant la fosse ischio-rectale, de coloration rouge, douloureux, présentant une fistule donnant issue à du pus séro-sanguinolent. Il s'agissait d'une endométriose typique de la région périnéale.

Ces endométrioses se présentent donc sous forme d'une tumeur de grosseur variable, apparaissant plus ou moins tardivement après l'accouchement, tumeur douloureuse, généralement bleue ou brunâtre, et presque toujours fistulisée. Ces lésions s'accompagnent souvent de phénomènes généraux et de dépression, qui ont pu faire décrire, chez les malades qui en sont atteintes, une sorte de neurasthénie génitale.

Le traitement par les rayons X et le radium est généralement insuffisant. Le traitement chirurgical reste le seul actif.

VI

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous avons vu dans les pages qui précèdent que le développement gravidique d'une endométriose devait être compté au nombre des complications qui compromettent l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement, en particulier chez les primipares âgées.

Les accidents que nous avons passés en revue sont heureusement assez rares. Néanmoins, la notion étant acquise de l'extrême fréquence des endométrioses microscopiques chez les femmes de 30 à 50 ans, il faudra toujours craindre au cours de la gestation un développement intempestif de lésions qui, jusque-là, avaient pu passer inaperçues.

Le diagnostic en est le plus souvent extrêmement difficile; aussi nous pensons qu'un examen systématique et complet de la malade s'impose, surtout s'il s'agit d'une primipare âgée. Un toucher vaginal approfondi, l'examen au spéculum et aux valves avec éclairage approprié, pourront peut-être permettre de déceler quelques noyaux vaginaux.

Les lésions étant très fréquemment multiples, la découverte d'un petit noyau accessoire pourra aider à identifier des atteintes plus importantes, surtout s'il est

possible de prélever un fragment permettant l'examen anatomo-pathologique.

Le contrôle du volume de l'utérus et sa comparaison avec le volume normal correspondant suivant l'âge de la grossesse, la perception d'irrégularités, de tumeurs utérines ou d'empâtements péri-utérins, l'existence de petits noyaux au niveau des annexes, constitueront dans bien des cas de précieux éléments de diagnostic.

Mais ce n'est souvent que par un interrogatoire très poussé que l'on apprendra de la malade l'existence de certains symptômes antérieurs : telles sont les indications montrant que les règles, autrefois normales, étaient devenues de plus en plus douloureuses, cette dysménorrhée *progressivement aggravée* survenant *tardivement*, vers le deuxième ou le troisième jour de la menstruation et prenant un tel caractère d'intensité, que le repos au lit et l'emploi de calmants ont pu s'imposer.

Cependant, il s'en faut de beaucoup que la dysménorrhée revête avec netteté, à la fois, tous ces caractères. Aussi l'existence seule d'une dysménorrhée secondaire doit être suffisante pour faire soupçonner et rechercher avec soin un foyer endométrial occulte.

Bien souvent, les antécédents n'apportent aucun renseignement, et si, au cours de sa grossesse, la malade a pu percevoir quelques symptômes, ils lui paraissent si minimes que, les mettant sur le compte de son état, elle ne les a pas trouvés suffisamment alarmants pour venir consulter. Et c'est au hasard d'un accident ou d'une complication, qu'on se trouvera devant une lésion étendue, dont le diagnostic ne pourra souvent qu'être opératoire.

Donc, en présence d'une endométriose même discrète, une surveillance étroite de la malade s'impose, et si la temporisation doit être, au cours de la grossesse, la préoccupation constante, ce ne peut être qu'une temporisation armée. Cette expectative ne peut généralement pas s'appliquer aux endométrioses étendues ou à marche envahissante; il y aura, dans ces cas, avantage à intervenir pour éviter un envahissement encore plus considérable et l'affaiblissement de la malade.

Pendant l'accouchement, suivant les circonstances, on aura le choix entre l'application de forceps, quelquefois accompagnée d'incisions du col, et l'opération césarienne. Cette dernière mesure reste actuellement le traitement le plus indiqué; elle seule présente l'avantage de prévoir tous les accidents : présentations défectueuses, atonie utérine, hémorragies cataclysmiques ou rupture utérine, placenta ou tumeur praevia. La césarienne permettra, outre un rapide examen des organes pelviens et du péritoine, de faire le diagnostic « peropératoire », et de fixer définitivement, le cas échéant, la guérison par la castration, s'il s'agit d'endométrioses graves ou très envahissantes.

Toutefois, une limitation des dégâts opératoires devra être le principal souci de l'opérateur, étant donnés les caractères éminemment régressifs des endométrioses dans le post-partum.

VII

CONCLUSIONS

- I. — La rareté des endométrioses au cours de la grossesse paraît devoir être attribuée, d'une part à la stérilité qui accompagne souvent ces affections, d'autre part à l'âge des malades.
- II. — Lorsqu'une endométriose évolue au cours d'une grossesse, son stroma subit des transformations déciduales sous l'influence des hormones sécrétées par le placenta.
- III. — Les endométrioses passent souvent inaperçues et ne sont parfois qu'une découverte d'intervention.
- IV. — Dans d'autres circonstances, l'augmentation de volume brutale de la tumeur est la source de complications qui sont surtout graves lorsque l'utérus ou la cloison recto-vaginale sont intéressés.

V. — Le diagnostic des endométrioses reste le plus souvent extrêmement difficile; il serait cependant indispensable pour que soient, sinon évitées, du moins limitées, les complications gravidiques et obstétricales de cette affection.

Vu : *Le Doyen,*
TIEFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Devant la très complète bibliographie du rapport de Brocq et Varangot (XLVIII^e Congrès français de Chirurgie, Paris 1939) nous nous limitons ici aux ouvrages que nous avons été appelée à consulter pour notre travail.

- Amos.* — Decidualbildung in den Schleimhautherden eines Adenomyoms und deciduaähnliche Umwandlung eines bindegewebigen Tumors der Bauchdecken bei bestehender Schwangerschaft. *Ztschr. Geburtsh.* LIV : 171-172, 1905.
- Aschheim S.* — Adenomyosis und Gravidität. *Ztschr. Geburtsh. Gyn.* LXXXVI : 414-416, 1923.
- Aschheim S.* — Adenomyosis uteri externa und Gravidität. *Arch. Gyn.* CXXXVII : 999-1001, 1929.
- Batizfalvy J.* — Endometriose und Schwangerschaft. *Zentralbl. Gyn.* LXIII : 40-52, 1939.
- Brakemann.* — Decidua bei intrabeziehungsweise Extra-uterin-gravidität oder dysmenorrhoeische Membran. *Arch. Gyn.* CXXV : 498, 1925.
- Brocq P., Varangot J.* — Les endométriomes. XLVIII^e Cong. franç. Chir., Paris, 1939.
- Broders A. C., Mac Donald J. R.* — Histologic study of the endometrium during pregnancy. *Am. J. Clin. Path.* VII : 547-562, 1938.
- Clay A. M.* — Case of endometriosis; conservative treatment followed by pregnancy. *Clin. J.* LXVII : 75-76, 1938.
- Cullen T. S.* — Adenomyoma of the rectovaginal septum. *Am. J. Obst.* LXXX : 130-138, 1919.

Dawson B. — Ovarian pregnancy and endometrioma; a preliminary note. *Med. J. Australia* II : 233-238, 1936.

Faber J. E. — Full term pregnancy in primipara following ovarian resection for endometriosis. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* XIII : 85-86, 1938.

Folke Holtz. — Endométriome avec réaction gravidique. *Gyn. Obst.* XXXVIII : 278, 1938.

Forlini E. — Endometrioma dell'ovaio simulante una gravidanza ectopica con emoperitoneo. *Riv. ital. ginec.* XXI : 656-664, 1938.

Frankel J. M., Schenk S. B. — The endometrial theory of ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. Gyn.* XXXIII : 393-404, 1937.

Frankl O. — Über interstitielle Gravidität. *Ztschr. Geburtsh. Gyn.* CX : 246-273, 1934.

Von Franqué O. — Adenom in einer Laparotomienarbe. *Zentralbl. Gyn.* : 953-955, 1916.

Von Franqué O. — Schwangerschaft während des Bestehen von Endometriosis recto-cervicalis und Teercysten. *Arch. Gyn.* CLVII : 446-451, 1934.

Geipel P. — Weitere Beitrag zur Kenntnis des deciduellen Gewebes. *Arch. Gyn.* CXXXI : 650-700, 1927-1928.

Gobel A. — Über Deciduatumoren an der Portio bei einer I. Schwangerschaft im 3. Monat. *Zentralbl. Gyn.* LXIII : 2317-2322, 1939.

Griffith W. S. A. — Pregnancy with utero-rectal adenomyoma, with extensive decidual metaplasia. *Proc. Roy. Soc. Med.* VII : 389-392, 1913-1914.

Haselhorst G., Otto K. — Zur Genese der endometrioiden Heteropien in Laparotomienarben. *Ztschr. Geburtsh. Gyn.* XCVIII : 193-258, 1930.

Hay W. F. H. — Endometriosis of vagina (with case report). *J. Maine A. A.* XXX : 260-263, 1939.

- Heaney N. S.* — Adenomas of endometrial origin in the laparotomy scars following incision of the pregnant uterus. *Trans. Am. Gyn. Soi. L* : 224-227, 1925.
- Huber H.* — Myom, Sterilität und Fertilität. *Zentralbl. Gyn. LXIII* : 760-787, 1939.
- De Josselin de Jong R., de Snoo K.* — Über die Endometriosen des weiblichen Genitalapparates (Ein Beitrag zur Kenntnis der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut). *Virch. Arch. path. Anat. CCLVII* : 23-95, 1925.
- De Josselin de Jong R.* — Über die Endometriosen des weiblichen Genitalapparates (Ein Beitrag zur Kenntnis der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut). *Virch. Arch. path. Anat. CCLVII* : 735-748, 1926.
- Kasprzyk M.* — Endométriose consécutive à une hystérectomie vaginale. *Polska Gaz. Lek. XVIII* : 679-680, 1939.
- Kleine H. O.* — Endometrioide Heterotopie als Ursache einer superfiziellen Ovarialgravidität. *Arch. Gyn. CXLV* : 762-769, 1931.
- Lochrane C. D.* — Decidual reaction in diffuse endometryoma of the pregnant uterus. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp. XXX* : 443-446, 1923.
- Martin J. L., Michon L., Pigeaud H.* — Endométriome gravidique de la paroi abdominale. *Presse Méd. I* : 565-567, 1933.
- Meyer R.* — Adenomyometritis an graviden Uteri von der Schleimhaut und von der Serosa ausgehend. *Ztschr. Geburtsh. Gyn. XLIV* : 191-193, 1905.
- Mocquot P., Palmer R., Moricard R., Mazingarbe A.* — Remarques à propos de quelques endométriomes. *Mém. Acad. Chir. LXV* : 988-992, 1939.
- Monod R.* — Endométriome du septum recto-vaginal consécutif à une hystérectomie subtotale. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir. LVIII* : 1500-1502, 1932.

- Olson H. J., Hansmann G. H.* — Endometriosis during the final month of pregnancy, marked decidual reaction about endometriosis nodules in the preperitoneal fat. *Am. J. Obst. Gyn.* XXXII : 148-151, 1936.
- Ostercil J. jun.* — Die heterotopische Decidualreaktion an der Portio vaginalis uteri. *Zentralbl. Gyn.* LX : 1694-1698, 1936.
- Paroli G.* — Rilievi sulla decidua di uteri gravidi fibromiomatici. *Riv. ital. ginec.* XXII : 382-427, 1939.
- Philipp E.* — Zur Klinik der Endometriose. *Zentralbl. Gyn.* LXI : 2-13, 1937.
- Philipp E., Huber H.* — Die Entstehung der Endometriose, gleichzeitig ein Beitrag zur Pathologie des interstitiellen Tubenabschnittes. *Zentralbl. Gyn.* LXIII : 7-40, 1939.
- Picccone L.* — Sul comportamento degli endometriomi sperimentali in rapporto al processo gravidico. *Atti Soc. ital. ost.* XXXII : 350-351, 1936.
- Portès L., François E., Varangot J.* — Sur un cas d'endométriose vaginale ayant évolué au cours d'une grossesse. *Bull. Soc. Gyn. Obst.* XXVIII : 467-469, 1939.
- Reinhart H. L.* — Diffuse decidual hyperplasia of the endometrium in the absence of pregnancy. *Am. J. Clin. Path.* V : 365-370, 1935.
- Sampson J. A.* — The life history of ovarian hematomas (hemorrhagic cysts) of endometrial (Mullerian) type. *Am. J. Obst. Gyn.* IV : 451-512, 1922.
- Samuel M.* — Über klinische Bedeutung ektopischer Decidua an der Portio vaginalis. *Zentralbl. Gyn.* XLIX : 2893-2894, 1925.
- Schaaning C. K.* — Endométriose avec réaction déciduale. *Med. Rev.* XLVIII : 414-418, 1931.
- Schafer P.* — Zur Aetiologie der Schwangerschaftsrupturen. *Arch. Gy.* CIX : 284-301, 1918.

- Schneider H.* — Die Bedeutung der deciduellen Umwandlung der Uterusschleimhaut für die Diagnose der Extrauterin gravidität. Zentralbl. Gyn. XLI : 2381-2388, 1937.
- Schugt P.* — Spontanruptur des Uterus im vierten Monat der Schwangerschaft. Zentralbl. Gyn. L : 1135-1140, 1926.
- Schweitzer B.* — Heterotope echte deciduome. Zentralbl. Gyn. LI : 938, 1927.
- Seitz L.* — Zur pathologischen Anatomie und zur Klinik der Endometriosis der Tube. Arch. Gyn. CXLIX : 529-607, 1932.
- Seitz L.* — Über Genese, Klinik und Therapie der Endometriosis. Arch. Gyn. CXLIX : 519-607, 1932.
- Sengupta B. M.* — Eine durch Endometriose der Tubennecke entstandene interstitielle Schwangerschaft. Zentralbl. Gyn. LVII : 2848-2854, 1933.
- De Snoo K.* — Ueber heterotope Deciduabildung. Arch. Gyn. CXXV : 479-484, 1925.
- De Snoo K.* — The regeneration of the uterine mucosa in connection with myomata and endometriosis. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. XLI : 568-578, 1934.
- Szenes A.* — Adenomyosis interna bei schwerster Blutung in der Nachgeburtsperiode und Post-partum. Arch. Gyn. CXXXIV : 546-560, 1928.
- Ulesco-Stroganowa K.* — Entwicklung deciduellen Gewebes in der Scheide während der Schwangerschaft. Zentralbl. Gyn. XLVIII : 1855-1857, 1924.
- Villard E., Regad J., Condamin R.* — Du rôle des états endométrioïdes dans la pathogénie de la grossesse tubaire. Gyn. Obst. XXXIII : 305-326, 1936.
- Weiss A. G., Synephiass M.* — Deux observations d'endométriose du périnée. Quelques considérations sur la pathogénie de ces tumeurs. Ann. d'anat. path. XV : 745-754, 1938.

Weiss A. G., Fobe H. — Endometriome périnéoanal. Bull. Soc. Obst. Gyn. XXV : 99-102, 1935.

Willer H. — Über Decidualbildung in Cervixpolypen und ihre diagnostisch Bedeutung. Zentralbl. Gyn. LIX : 979-982, 1935.

Winestine F. — Formation of decidua of pregnancy in adenoma endometrioides ovarii. Arch. Surg. VIII : 772-781, 1924.

Zaleski W. — Adenomyosis experimentalis nach Interruptio Graviditatis durch Curettage bei Kaninchen. Zentrabl. Gyn. LX : 1046-1050, 1936.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
I. — Introduction	11
II. — Etude étiologique	15
III. — Discussion pathogénique	21
IV. — Etude histologique	29
V. — Symptomatologie	33
VI. — Diagnostic et traitement	65
VII. — Conclusions	69
VIII. — Renseignements bibliographiques	71

